EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Paul SOUBEYRAN

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1904

TITRES UNIVERSITAIRES

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.
(Médaille d'argent : concours 1895).
(Médaille d'argent : concours 1896).
(Mention très honorable : concours 1897).
DOCTEUR EN MÉDECINE, 1900.
LAURÉAT DU PRIX BOUISSON (mille francs), 1900.
LAURÉAT DU PRIX FONTAINE (thèse, mention très honorable), 1900.
CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE, concours 1901 (Service de M. le professeur Tédenat).

TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER, concours 1896.
INTERNE INTÉRIMAIRE (1897).
INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (reçu premier), concours 1898.
INTÉRIM DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE (septembre 1902 et 1903).

TITRES HONORIFIQUES

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER (1898-1904).
SECRÉTAIRE DES SÉANCES (1902-1903).
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS (1902).

ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES ET CONTRE-VISITES DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR TÉDENAT (1900-1903).
CONFÉRENCES POUR LA PRÉPARATION A L'INTERNAT (1899-1903).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TABLE ANALYTIQUE

Anatomie pathologique.

1. Myxome pur du tibia, *Soc. anat.*, 1903.
2. Le myxome pur des os, *Revue de chirurgie*, 1904.
3. Ulcère de l'estomac. Hémorragie foudroyante par ulcération de l'artère splénique, *Soc. anat.*, 1902.
4. Endothéliome de l'ovaire, *Soc. anat.*, 1902.
5. Note sur une tumeur présentant l'aspect de la botryomycose humaine, *Soc. anat.*, 1902.

Pathologie externe.

6. Grands abcès du foie consécutifs à la grippe (En collaboration avec M. le Prof. Tédenat), *Congrès de chirurgie*, 1902.
7. Le rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme (avec M. Imbert), *Annales des mal. des org. gén.-urin.*, 1901.
8. Des néphrectomies partielles (avec M. de Rouville), *Arch. Prov. de chir.*, et *Annales des mal. des org. gén.-urin.*, 1903.
9. Epithélioma primitif de la portion pénienne de l'urètre, *Soc. anat.*, 1902.
10. L'épithélioma primitif de l'urètre chez l'homme, *Revue gén.* in *Gaz des Hôp.*, 1903.
11. Ostéosarcome à grandes cellules de l'extrémité inférieure du fémur (avec M. Marmin), *Arch. Prov. de chir.*, 1903.
12. Gangrène spontanée massive et simultanée des deux membres inférieurs (avec M. de Rouville), *Arch. Prov. de chir.*, 1902.
13. De l'empyème des cellules ethmoïdales. Thèse, 1900.
14. Le permanganate de potasse dans le traitement de la tuberculose chirurgicale, *Bulletin de thérapeutique*, 1903.
15. Hygroma prérotulien, *Soc. anat.*, 1902.
16. Hémimélie avec avant-bras partiel et vestiges de la main, *Soc. anat.*, 1902.
17. Luxation de l'astragale en dehors et en avant, *Soc. anat.*, 1902.
18. Eléphantiasis congénitale du membre supérieur, *Soc. anat.*, 1903.
19. Hydrocèle en bissac, *Soc. anat.*, 1903.
20. Luxation soudaine de la hanche, *Soc. anat.*, 1903.

21. Môle embryonnaire charnue, *Soc. anat.*, 1904.

Communications faites à la Société des sciences médicales de Montpellier.

22. Corps étranger de l'œsophage (1901).
23. Enorme kyste de l'ovaire (mars 1901).
24. Coexistence d'un kyste de l'ovaire et d'un myome de l'utérus (mars 1901).
25. Annexite suppurée. Hystérectomie abdominale (mars 1901).
26. Cancer de l'œsophage (mars 1901).
27. Ostéosarcome du fémur (mai 1901).
28. Pyosalpinx volumineux bilatéral (mai 1901).
29. Tuberculose rénale (décembre 1901).
30. Annexite suppurée. Pelvipéritonite. Colpotomie puis hystérectomie abdominale (janvier 1902).
31. Salpingite hémorragique double ; hystérectomie vaginale (janvier 1902).
32. Fracture du col du radius (En collaboration avec M. Gagnières, février 1902).
33. Appendicite avec lésions situées au-dessus de la cavité close (mars 1902).
34. Tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle (mars 1902).
35. Epithélioma de l'ampoule rectale (mars 1902).
36. Kyste bilatéral inclus dans le ligament large (avec le Dr Onssaud, avril 1902).
37. Epithélioma primitif de l'urètre (août 1903).
38. Pachyvaginalite multiloculaire (mai 1902).
39. Glossite aiguë parenchymateuse (mai 1902).
40. Epithélioma lingual à siège exceptionnel (mai 1902).
41. Sténose pylorique. Adhérences périgastriques. Gastroentérostomie transmésocolique (mai 1902).
42. Occlusion intestinale aiguë par invagination. Appendicite et occlusion intestinale (juin 1902).
43. Fracture sus-condylienne du fémur (décembre 1902).
44. A propos d'un nouveau procédé opératoire des hémorroïdes (1904).
45. Kyste de l'ovaire suppuré et grossesse (1904).
46. Les caustiques alcalins dans le traitement de la métrite cervicale (avec M. Riche, 1904).
47. Epithélioma primitif du clitoris (avec M. Ed. Bosc, 1904).
48. Radiographie des calculs du rein (avec M. Gagnières, 1903).
49. Phlegmon ligneux du cou (1904).
50. Dégénérescence cancéreuse de vieux foyers d'ostéomyélite (1904).

Collaboration a des thèses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. **Myxome pur du tibia.** — Communication à la *Société anatomique*, novembre 1903.

Cette tumeur fort rare, s'était développée chez une jeune fille de 24 ans entrée dans le service de M. le professeur Tédenat, sur la face interne de la partie moyenne du tibia gauche. Apparue quatre ans



Fig. 1. — Myxome pur du tibia (faible grossissement). *p*, périoste ; *tm*, tissu muqueux ; *o*, os.

auparavant, sa marche avait été lente et insidieuse ; la tumeur du volume d'une noix était fluctuante à sa partie centrale, la périphérie était dure et l'on y sentait des lamelles osseuses craquant sous le doigt. Ablation de la tumeur. Guérison.

Les parties enlevées sont formées de logettes osseuses remplies

d'une matière gélatiniforme, claire, ambrée, analogue à du verre fondu.

A un *faible grossissement* (fig. 1), l'examen de la tumeur (dû à M. le Pr Bosc) permet de constater en allant du périoste vers le centre de la tumeur que les tissus se dissocient rapidement, les cellules deviennent anguleuses, émettent des prolongements et constituent des cellules du type muqueux dans un tissu à fibrilles minces et ondulées ; du tissu muqueux creuse l'os, des ilots osseux apparaissent presque détachés ; le début de la transformation muqueuse paraît se faire autour des vaisseaux.

A un *fort grossissement* (fig. 2), on suit la transformation des cel-

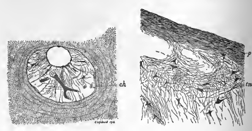


Fig. 2. — Myxome pur du tibia (fort grossissement). *p*, périoste ; *tm*, tissu muqueux ; *ch*, canal de Havers.

lules conjonctives en cellules muqueuses bipolaires, puis multipolaires pourvues de chevelus abondants et anastomosés entre eux.

Certaines cellules subissent le processus vésiculeux ; les vaisseaux sont entourés de plusieurs rangs de cellules dont les plus externes subissent la transformation muqueuse.

Ces cellules myxomateuses envahissent les cavités osseuses.

En somme il s'agit d'un myxome à début périostique envahissant l'os qu'il détruit par un processus de résorption qui suit surtout les canaux de Havers de façon à constituer de fines coques osseuses limitant des cavités remplies de substance muqueuse.

2. **Le myxome pur des os.** — *Revue de chirurgie*, février 1904.

Dans ce mémoire nous avons rassemblé toutes les observations de myxome pur des os que nous avons pu trouver et nous avons essayé de faire l'étude de ces tumeurs en prenant bien soin d'écarter, dès le début, les tumeurs mixtes, beaucoup plus communes, telles que les diverses associations du tissu muqueux avec le chondrome, le sarcome, le lipome.

Virchow, Volkmann, Rindfleisch, Lücke, Cornil et Ranvier consacrent quelques lignes à l'étude de ces tumeurs, mais les travaux les plus importants sont ceux de MM. Tédenat (1884), Poncet (1888), Nové-Josserand (1895), Tapie (1902), le premier surtout. Pur, le myxome des os est très rare, puisque nous avons pu seulement en réunir six observations que nous citons en entier au cours de notre travail. C'est une maladie de l'âge adulte (16 à 46 ans) et dont le siège était :

Une fois l'omoplate (Létiévant-Tédenat) ;

Deux fois le tibia (Tédenat et Soubeyran, Nové-Josserand et Bérard) ;

Une fois l'os frontal (Tédenat) ;

Une fois le grand trochanter (Nicaise) ;

Une fois le maxillaire inférieur (Tapie).

Dans cette dernière observation le traumatisme paraît jouer un rôle incontestable ; dans la première la tumeur de l'omoplate était secondaire à un myxome pur du pneumogastrique.

C'est une tumeur molle, analogue au disque gélatineux des méduses, dit Virchow ; elle n'atteint pas en général un gros volume à moins de transformation kystique. Elle possède une enveloppe osseuse quand elle est d'origine centrale, coque qui peut disparaître d'ailleurs. Le périoste la recouvre alors, du périoste partent des tractus fibreux circonscrivant des lobules ; le tissu myxomateux revêt un aspect ambré, translucide comme dans notre observation ; quelquefois il est plus ferme (Tapie).

L'os est creusé de dépressions cupulliformes, quelques lamelles

peuvent être détachées ; dans une observation (Nové-Josserand) le tibia était allongé de 35 millimètres.

Au point de vue histologique ces tumeurs sont formées de cellules muqueuses étoilées, dont les prolongements sont anastomosés ; une substance intercellulaire amorphe remplit les intervalles et l'on peut rencontrer dans ces mailles des mononucléés. Ces tumeurs sont considérées comme pauvres en vaisseaux ; cependant ils existaient en grand nombre dans notre observation ; les cellules les plus externes de leur gaine subissent la transformation muqueuse. Ce tissu muqueux creuse l'os en pénétrant par les canaux de Havers.

Le myxome des os peut subir la dégénérescence muqueuse, les cellules chargées de mucine tombent en deliquium, ainsi que la substance intercellulaire et il se forme un magma liquide ; d'où formation d'un kyste à paroi osseuse incomplète (Observations de Nicaise et de Nové-Josserand).

Dans quelle partie de l'os les myxomes se développent-ils ?

Pour Cornil et Ranvier, leur origine peut être périostique ; ces auteurs les ont vus se développer aussi dans le tissu spongieux.

Pour Volkmann, Lücke et Virchow ils sont primitivement centraux et formés dans la moelle osseuse ; l'os est refoulé, aminci et il se forme une coque osseuse qui peut se résorber ; la tumeur devient alors sous-périostique.

« L'existence du myxome des os ne peut être soupçonnée », écrit avec justesse le professeur Poncet ; c'est dire les difficultés que présente son étude clinique. La tumeur peut être longtemps ignorée, la douleur est le plus souvent absente, les signes fonctionnels manquent également ; les signes objectifs sont variables : crépitation osseuse, coque osseuse dure, fluctuation, ne présentent rien de caractéristique. La marche lente, l'évolution lointaine, se chiffrant par mois et par années, la conservation de l'état général, l'absence de signes du côté de la peau, des ganglions, des viscères sont bien les signes d'une tumeur bénigne.

Le diagnostic est donc le plus souvent impossible. En présence d'une tumeur qui a augmenté le volume de l'os, on pense peu au myxome, la lenteur de l'évolution sera le meilleur signe clinique qui

écartera l'idée d'une tumeur maligne ; nous insistons spécialement dans notre étude sur la nécessité d'une incision exploratrice, l'aspect du néoplasme, l'examen microscopique pourront faire penser au myxome et faire éviter une opération radicale.

Le diagnostic anatomique lui-même est parfois fort difficile, entre un sarcome à transformation muqueuse et un myxome avec des îlots de tissu embryonnaire ; la présence de fibres élastiques et de cellules adipeuses est en faveur du myxome ; dans certains points du sarcome en dégénérescence muqueuse on trouve des cellules détruites.

Les myxomes sont des tumeurs en équilibre instable, et l'on trouve tous les intermédiaires entre le myxome pur et le sarcome (Pierre Delbet) ; au niveau des os ces tumeurs peuvent être considérées comme bénignes, elles ne récidivent que si l'extirpation a été incomplète (Volkmann). Une seule fois dans nos six observations la récidive est survenue (Tapie) six ans après l'ablation.

La possibilité d'une récidive et d'une transformation maligne fait de l'ablation complète de la tumeur une nécessité absolue.

3. **Ulcère de l'estomac. Hémorragie foudroyante. Ulcération de l'artère splénique.** — *Bulletin de la Société anatomique*, février 1902.

Femme de 42 ans qui meurt dès son entrée à l'hôpital avec tous les signes d'une hémorragie interne.

A l'autopsie on trouve l'estomac distendu par du sang, et sur la face postérieure de cet organe, près de la petite courbure, à cinq centimètres du pylore un vaste ulcère ovalaire attire l'attention.

Sur son fond on constate la présence d'un pertuis volumineux, dont les bords sont déchiquetés ; si l'on introduit un stylet dans cet orifice, on s'aperçoit qu'il se dirige à droite vers le tronc cœliaque, à gauche vers la rate, le vaisseau dans lequel il chemine est bien l'artère splénique.

Des bords de l'ulcère partent de nombreux plis radiés.

Il s'agit donc bien d'une hémorragie par ulcération de l'artère

splénique ; les artères les plus fréquemment lésées sont la coronaire stomachique, la pylorique et la splénique ; on sait, en effet, que l'ulcère siège fréquemment sur la paroi postérieure de l'estomac ; puis viendraient par ordre de fréquence la petite courbure et l'extrémité pylorique.

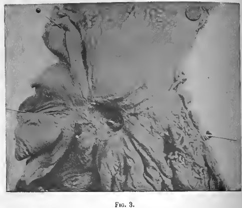


Fig. 3.

4. Endothéliome de l'ovaire. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1902.

Tumeur enlevée par M. le professeur Tédenat à une femme âgée de 48 ans, chez laquelle existaient en outre des granulations tuberculeuses sur la séreuse abdominale ; elle est ovoïde, du volume d'une tête de fœtus à terme et irrégulièrement lobée ; sa consistance est ferme, quelques bosselures renferment un liquide clair ; la coupe est gris rosé, quelques points hémorragiques ou ramollis.

A un *faible grossissement*, on note l'existence de cellules fusifor-

mes disposées fréquemment en tourbillon, au milieu desquelles existent des amas de cellules disposées en forme de tube.

A un *fort grossissement*, ces tubes apparaissent formés de cellules volumineuses à gros noyaux ; dans certains tubes il existe un vide



Fig. 4. — Endothéliome de l'ovaire.

central qui représente un espace lymphatique distendu, les cellules qui le bordent ayant la forme de cellules endothéliales nettes qui s'hypertrophient (fig. 5). En certains points existe une dégénérescence myxomateuse du stroma, les cellules prennent une forme étoilée.



Fig. 5. — Coupe d'un tube.

1. Espace lymphatique.
2. Cellule endothéliale.
3. Cellule en karyokinèse.

lée. En somme il s'agit d'un sarcome de l'ovaire à type endothélial. Cette observation vient s'ajouter à celles de Brouha (18 obs.), Brukner (1 obs.), Limnel (3 obs.).

5. **Note sur une tumeur présentant l'apparence de la botryomycose humaine.** — *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1903.

Tumeur siégeant sur la face palmaire, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Cette tumeur, molle, pédiculée, mamelonnée, du volume d'un pois chiche fut enlevée dans le service de M. le professeur Tédenat à un camionneur (fig. 6).



Fig. 6.

Examen macroscopique. — La tumeur, ulcérée, possède un pédicule qui s'enfonce dans une collerette épidermique ; l'épiderme se

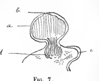


Fig. 7.

continue sur le pédicule. A la coupe (fig. 7) la tumeur paraît entourée par un revêtement jaunâtre distinct ; elle s'enfonce dans le tissu cellulaire par un pédicule formé de fibres longitudinales se renflant en forme de bulbe *(d)*.

Examen microscopique (Professeur Bosc). — La préparation mon-

tre un *fibro-papillome muqueux d'origine infectieuse.* Les vaisseaux, très nombreux, forment la trame ; à peine un seul tube glandulaire sudoripare, la tumeur est entourée d'une couche épithéliale en voie de nécrose.

Examen bactériologique. — Ensemencement de la partie profonde de la tumeur négatif ; il existe de gros amas de staphylocoques à la surface.

L'examen histologique et bactériologique de ce cas, ainsi que celui de quelques cas analogues récents, semble aller à l'encontre de l'opinion qui veut que la botrymycose soit due à un agent spécial.

Cette tumeur (fibro-papillaire) ne possédait pas de formations glandulaires. Les agents microbiens trouvés sont des staphylocoques. Deguy et Savariaud pensent que la botryomycose n'est qu'une variété de staphylococcose produisant une néoplasie inflammatoire. C'est aussi l'opinion de M. Picqué (*Soc. de chir.*, 1903).

PATHOLOGIE EXTERNE

6. **Grands abcès du foie consécutifs à la grippe** (En collaboration avec M. le professeur Tédenat). — *Congrès français de chirurgie*, 15e session, 1902.

Nous avons eu l'occasion d'observer quatre cas d'abcès du foie consécutifs à une grippe bien et dûment caractérisée, chez des malades n'ayant jamais quitté le midi de la France et indemnes de paludisme et d'intoxication alcoolique.

Obs. I. — Grippe avec localisation intestinale. Vaste abcès du lobe droit du foie. Insuffisance mitrale, grossesse de six mois. Incision, drainage. Guérison.

Obs. II. — Abcès du lobe droit du foie consécutif à une grippe. Incision. Guérison.

Obs. III. — Grippe avec localisation intestinale (accidents dysentériformes). Un mois après la guérison de l'entérite, accidents hépathiques. Abcès drainé et guéri.

Obs. IV. — Grippe à manifestations pulmonaires graves ; accidents intestinaux tardifs suivis d'abcès du foie. Incision. Guérison.

Les faits de ce genre doivent être rares puisque les classiques les passent sous silence, Berger seul (1897) mentionne un abcès du foie développé sous l'influence d'une grippe six ans après une poussée d'hépatite survenue au cours d'une dysentérie des pays chauds.

Nous sommes assez enclins à attribuer aux lésions intestinales manifestées par les selles glaireuses et sanguinolentes, un rôle important dans l'étiologie de ces abcès. De plus, il est probable que l'infection grippale a modifié, amoindri l'activité anti-toxique de la cellule hépatique.

Nous insistons sur la bénignité des symptômes : fièvre et douleur peu marquées ; dans deux cas il existait des adhérences péritonéales assez étendues.

A noter encore que le pus a été trouvé dans tous les cas stériles. Cette stérilisation est survenue rapidement, elle a été complète en moins d'un mois chez tous nos malades.

7. Le rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme (En collaboration avec M. L. Imbert). — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, décembre 1901.

Malgré les nombreux documents parus, que nous rappelons dans un court historique, il nous a paru intéressant de revenir sur cette question ; en effet, nombre d'observations nous ont semblé insuffisantes, mal établies, nous les avons discutées et essayé de modifier les idées actuelles sur ce genre de lésions.

Ce qui doit surprendre dans le rétrécissement blennorragique de la femme, ce n'est pas sa rareté, mais son existence même : l'urètre de la femme représente seulement l'urètre postérieur de l'homme qui demeure en général indemne du rétrécissement blennorragique ; de plus, chez la femme le rétrécissement manque de base histologique : on sait, en effet, que la lésion essentielle du rétrécissement a son siège dans le corps spongieux, or l'urètre féminin en est dépourvu. Ces considérations sont évidemment d'ordre théorique, mais les faits ne sont guère plus probants : il existe en effet deux cas seulement où l'examen histologique fut fait (Pasteau) ; dans ces deux cas il s'agit d'un rétrécissement qui n'a rien à voir avec la blennorragie (cicatrice de polypes anciens, l'autre est une pièce sans aucun renseignement clinique).

Quelle condition doit réaliser une sténose pour qu'elle puisse être dite blennorragique ? La première est l'existence d'une blennorragie antérieure ; en outre, il faut que la sténose ne puisse être rattachée à un traumatisme obstétrical ou chirurgical, à un spasme, à un rétrécissement, à un polype. Nous avons pu trouver 21 observations antérieures au mémoire de Pasteau (1897) ; ce dernier auteur en rapporte 16 dont 8 sont à rejeter, la cause étant mentionnée dans le titre même (accouchement, opérations, etc.).

Depuis 1897, deux observations ont été publiées, en tout 31 obs.

Avant de discuter les faits nous avons établi quelques notions anatomiques et embryologiques :

1° Le calibre et la longueur de l'urètre féminin ;

2° Sa structure, afin d'établir l'absence de tissu spongieux, et la possibilité d'un spasme (sphincter strié) source d'erreurs fréquentes ;

3° Son développement qui permet de concevoir l'existence d'un rétrécissement congénital.

Discussion des observations. — 1° La plupart des observations laissent fort à désirer ; quelques-unes ne mentionnent même pas la blennorragie dans les antécédents (Horroks, Le Fort) ;

2° D'autres sont par trop dépourvues de renseignements quelconques (Lawrence, Galabin, Ely van Warker) ;

3° D'autres mentionnent la blennorragie d'une façon douteuse dans les antécédents, et la cause paraît devoir être rapportée à une autre affection de l'urètre (traumatisme, polypes) ou bien la stricture est survenue très peu de temps après la blennorragie (un mois), ce qui la met hors de cause (Newmann, Hamon, Kleinwachter) ;

4° Un certain nombre de ces rétrécissements siègent au méat ; il est vraisemblable que ces rétrécissements relèvent d'une disposition congénitale (Janet, Pasteau) ;

5° Nous savons qu'il existe dans l'urètre féminin un sphincter strié, et il est bien difficile de distinguer le rétrécissement d'un simple spasme. Il existait nettement dans l'observation de Tillaux et l'observation 110 de Pasteau ; il y a donc là une cause d'erreur ;

6° Les polypes de l'urètre, si fréquents, peuvent diminuer le calibre du canal soit par eux-mêmes, soit par la cicatrice que laisse leur ablation ; cette cause d'erreur n'a pas toujours été évitée (Hallé, Pasteau) ;

7° D'autres rétrécissements ayant une origine cicatricielle probable, ont été considérés comme blennorragiques (Piachaud, Newmann, Fischer, Fissiaux, Galabin, Fergusson) ;

8° Dans deux observations rangées parmi les sténoses blennorragiques, c'est bien plutôt l'accouchement pénible qui doit être mis en cause (Bridges, Scanzoni) ;

9° Le rétrécissement sénile (Hermann), l'urétrite granuleuse (Newmann) ont pu être une cause d'erreur ;

10° Dans l'observation de Legueu on note l'absence de tout accident génito-urinaire ;

11° Restent les cas difficiles où la blennorragie paraît être seule la cause du rétrécissement ; mais même dans ces cas la blennorragie n'est pas toujours nettement démontrée, les accouchements ne sont pas mentionnés, le spasme, les polypes ne sont pas envisagés, le rétrécissement apparaît quelques mois après l'écoulement (Larcher, Demarquay, Hermann) ; dans la curieuse observation de Quénu il existait une coudure, une déviation qui arrêtait la bougie à boule ; l'observation de Genouville (1901) manque de détails suffisants pour établir l'origine blennorragique.

Aucune des observations publiées ne pouvant être acceptée sans discussion, il nous a paru légitime de poser les conclusions suivantes :

1° Les documents que nous possédons sur le rétrécissement blennorragique de l'urètre chez l'homme nous permettent de supposer qu'une lésion de ce genre ne peut se produire chez la femme ;

2° L'ensemble des faits publiés appuie cette opinion : on peut dire qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'observation nettement démonstrative de rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme. En raison de la rareté des cas, il y a lieu d'attendre, avant de porter un jugement définitif, la publication de faits plus nombreux et bien observés dans lesquels on envisagera la possibilité d'affections sténosantes autres que la blennorrhagie : rétrécissement congénital, spasmes, polypes, cicatrices, accouchement laborieux, rétrécissement sénile.

8. **Des néphrectomies partielles** (En collaboration avec M. DE ROUVILLE). — *Archives provinciales de chirurgie*, septembre, octobre, novembre 1902. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903.

Nous avons présenté une étude d'ensemble sur la néphrectomie partielle, dont il a été récemment question à la Société de chirurgie

(juin 1902), sa justification physiologique, ses indications, ses résultats tels sont les divers chapitres de notre mémoire.

La nécessité incontestable d'être autant que possible économe de substance rénale, est la principale raison de ce mode d'intervention, le chirurgien poursuit donc deux buts : extirper la lésion et conserver la plus grande quantité possible de substance rénale ; l'intervention est à la fois radicale et conservatrice.

Données physiologiques justificatives. — On ne pouvait songer à faire de résections rénales que du jour où la réparation facile des lésions fut démontrée.

Processus histologique de la guérison des plaies du rein et de l'hypertrophie du tissu rénal. — Maas, Tillmanns, Mattei, Tuffier et Toupet ont montré que le processus de réparation est complet en six semaines et que la cicatrice est fibreuse.

Quant au processus anatomique de la régénération compensatrice, il est rapide (déjà notable au bout de 48 heures) et très considérable, puisque Tuffier a pu enlever une quantité de substance rénale égale au poids présumé des deux reins.

Pour certains auteurs (Tuffier et Toupet, Lorenz) il s'accomplit par formation nouvelle de glomérules ; pour les autres (Gravitz, Golgi, Barth, Albarran) les glomérules augmentent de volume, mais leur nombre n'est pas accru, il n'y a pas de néoformation.

Réunion des plaies du rein par première intention. — Cette réunion facile et rapide fut démontrée par les expériences de Tuffier ; l'incision doit être faite au bistouri, l'hémostase assurée par la compression du pédicule, la suture avec du catgut ne s'accompagne pas d'infiltration d'urine à cause de l'altération des éléments sécréteurs, au niveau de la plaie rénale.

Contre-indications. — La localisation du mal en un point du parenchyme, avec intégrité du tissu glandulaire voisin, telle est la condition première d'une résection partielle ; la première contre-indication sera donc la *diffusion* des lésions rénales.

La seconde a trait à la *nature* de l'affection rénale ; une tumeur maligne ne saurait relever de ce mode d'intervention.

Il en est de même pour les tumeurs bénignes ayant atteint un

volume considérable, et pour celles dont le voisinage du hile fait craindre quelque complication du côté des vaisseaux au cours de l'extirpation.

Signalons enfin l'oblitération permanente de l'uretère.

Indications. — a) *Pyonéphroses calculeuses.* — On ne saurait oublier l'importance fonctionnelle d'une faible quantité de parenchyme sécréteur dans les suppurations rénales ; la néphrectomie partielle est indiquée toutes les fois que l'abcès est limité à une partie du rein. Tels furent les cas de Kümmel, Bardenheuer, Tuffier qui furent suivis de guérison.

b) *Pyonéphroses non calculeuses.* — Les foyers purulents sont ici le plus souvent multiples et disséminés, mais la résection des parties les plus atteintes, les opérations assurant un meilleur drainage (résection orthopédique du rein) constituent un véritable progrès ; la guérison se fit avec une fistulette dans les cas de Waitz et de Rouville et Soubeyran ; elle fut parfaite dans l'observation d'Albarran.

c) *Kystes du rein. Grands kystes séreux.* — Le parenchyme rénal est sain, sauf dans le voisinage immédiat de la tumeur ; il faut donc par une vraie néphrectomie partielle disséquer en plein parenchyme la paroi du kyste et l'extirper, puis on fera la suture des deux valves ; c'est une méthode bien supérieure à la kystotomie suivie de drainage qui expose aux fistules et aux infections secondaires ; les résultats furent excellents dans les observations de Tuffier, Antona, Brackel.

Kystes hydatiques. — Il est impossible de décoller le kyste, car sa paroi propre est fusionnée au tissu rénal (Albarran), de plus il existe tout autour une zone de néphrite interstitielle ; si une portion de rein est encore utile il convient de faire une résection partielle ; ce fut la conduite de Spiegelberg, Burckhardt, Tédenat, Kümmel qui enlevèrent par résection cunéiforme l'un des pôles du rein ; ce fut celle également de MM. Terrier, Bazy (1902). « C'est, dit Terrier, dans le cas où la tumeur est petite et occupe un des pôles de l'organe, une opération très défendable, supérieure à la néphrectomie et à la néphrostomie. »

Même conduite dans les cas de *kyste paranéphrétique*, et de *tumeurs*

kystiques du rein quand cette dernière est localisée à une région du rein (Bardenheuer, Ricard, Bloch).

d) *Tumeurs du rein : Tumeurs malignes.* — La néphrectomie partielle a été pratiquée sept fois :

Czerny : angio-sarcome limité.
Burckhardt : sarcome.
Kümmel : tumeur maligne.
Bloch : adéno-sarcome.
Tuffier : adénome végétant.
Albarran : sarcome.
Lotheisen : myxo-sarcome.

Dans toutes ces observations la tumeur était limitée, mais cinq fois la récidive est rapidement survenue ; deux fois (obs. de Bloch et de Tuffier) il n'y avait pas de récidive un an après. Ces résultats, nous le répétons, ne sont pas très encourageants et si le diagnostic de tumeur bénigne n'est pas absolument évident, il vaut mieux enlever tout le rein.

Tumeurs bénignes. — Il est difficile le plus souvent de dire si la tumeur est bénigne ou maligne ; de plus, le volume des tumeurs bénignes est souvent tel que tout le rein est détruit ; la néphrectomie partielle est évidemment indiquée dans les cas où la parenchyme rénal est partiellement sain ; le résultat fut excellent dans un cas de fibrome (Tuffier). Lorsque le diagnostic est hésitant, il est sage de faire la résection, puis après examen histologique, on décide la question de la néphrectomie secondaire.

e) *Tumeurs paranéphrétiques.* — Ces tumeurs nées dans la capsule propre ou dans la capsule adipeuse, peuvent intéresser le rein ou lui adhérer, d'où nécessité de sa résection ; il s'agissait d'un fibrolipome dans l'observation de Spencer Wells.

f) *Traumatismes.* — Dans les plaies du rein et surtout dans les contusions l'intervention est souvent indiquée, si la rupture est très irrégulière, si un fragment est presque isolé, si l'hémorragie ne peut être arrêtée, il faut lier en masse et faire une néphrectomie partielle « opération facile, bénigne, efficace ». Berdenheuer, Heetley se sont bien trouvés d'avoir observé cette conduite.

g) *Fistules rénales.* — Lorsque l'état de l'uretère le permet, il faut suivre le conseil du professeur Guyon, qui libère le rein, avive le tissu rénal autour de la fistule et le suture au catgut. Cette conduite donna un succès à Tuffier.

h) *Tuberculose.* — La résection partielle du tiers ou de la moitié du rein a été pratiquée quatre fois pour tuberculose. Elle est repoussée par Albarran, cependant ses résultats sont moins mauvais qu'il ne le semble au premier abord. Le malade de Fenger guérit avec une fistule.

Celui d'Israël dut subir quatre ans après l'extirpation totale du rein pour récidive. « Faut-il, dit Israël, rejeter la résection du rein ? Je crois devoir assurer le contraire, car une opération qui accorde quatre années de santé, avec amélioration considérable de l'état général, a sa justification. »

Des deux opérés de Cramer, l'un succomba au choc opératoire ; le second guérit. Nous conclurons donc que l'excision partielle pourra être pratiquée avec avantage quand la tuberculose est bien localisée en un point limité du rein.

Manuel opératoire. — Le rein sera abordé par la voie lombaire, et l'incision portera autant que possible sur le bord convexe ; la capsule propre sera ménagée, et la tumeur une fois enlevée, rabattue et suturée (néphrectomie partielle sous-capsulaire). La compression du pédicule, le tamponnement, la suture rendront facilement maître de l'hémorragie.

Dans les lésions *suppuratives*, l'intervention variera depuis le curage de la cavité purulente jusqu'à une résection plus ou moins étendue de la paroi de la pyonéphrose et jusqu'au morcellement de la glande ; dans un cas d'abouchement vicieux de l'uretère dans la poche, Albarran réséqua toute la partie inférieure de la poche comprenant une partie du bassinet et du rein ; les deux lèvres furent ensuite suturées.

Pour les *kystes* l'opérateur doit faire la résection intra-rénale de la poche (Terrier).

La dénudation parfaite de l'organe, qui permet de bien se rendre compte des altérations du parenchyme est indispensable dans les

cas de *tumeurs* ; les tumeurs enkystées seront énucléées ; la résection large sera réservée aux tumeurs infiltrées. Même conduite dans le cas de *tuberculose*. Si la limite n'est pas nette, on peut, comme Bardenheuer, faire sur la partie malade des incisions transversales, d'un demi-centimètre de profondeur et s'étageant, jusqu'à ce que la surface incisée montre un tissu rénal sain.

Nous avons ensuite réuni dans un tableau les 32 observations que nous avons pu rassembler en indiquant la nature de l'intervention et les résultats.

Résection partielle du rein pratiquée dans un but de diagnostic. — Le diagnostic des affections rénales est souvent fort difficile, malgré un examen clinique attentif, malgré les divers modes d'exploration ; bien plus, malgré la mise à nu et l'incision du rein, il est souvent fort difficile de se prononcer ; seule l'excision d'un morceau de parenchyme, examiné plus tard histologiquement, pourra tirer au clair le diagnostic et décider d'une opération ultérieure ; nous citons un certain nombre de cas où cet examen fut indispensable.

Conclusions. — 1° La bilatéralité des affections chirurgicales du rein constitue, lorsqu'elle existe, une contre-indication formelle à la néphrectomie totale. En présence d'une affection unilatérale, l'avenir inconnu du rein adelphe doit faire préférer, lorsqu'elles sont possibles et suffisantes, les opérations conservatrices de la substance rénale.

2° Parmi ces opérations conservatrices, la néphrectomie partielle a définitivement pris rang. Les expériences de physiologie pathologique, en démontrant le pouvoir plastique étendu du parenchyme rénal, sa facilité à réparer ses pertes et à compenser ses lésions, légitiment cette intervention, en faveur de laquelle plaident également les résultats de l'expérience clinique.

3° La condition *sine qua non* de la néphrectomie partielle réside dans la localisation des lésions à une partie du rein, le reste du parenchyme étant normal.

4° Ses indications sont relativement rares et *ne seront le plus souvent posées qu'après l'examen direct des lésions*. La plupart des tumeurs bénignes, les kystes séreux, hydatiques et para-néphrétiques,

les tumeurs périrénales, les lésions tuberculeuses, lithiasiques, traumatiques du rein, les fistules urinaires, relèvent, dans certaines conditions déterminées, de la néphrectomie partielle.

5° Son manuel opératoire est simple ; il devra subir dans chaque cas particuler de légères modifications, suivant le siège et la nature des lésions.

9. Épithélioma primitif de la portion pénienne de l'urètre. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1902. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903.

L'intérêt de cette observation nous oblige à la résumer.

S. P..., âgé de 66 ans, berger, indemne de toute blennorragie, avoue des habitudes de masturbation avec des objets tels que des pailles introduites dans le canal.Il éprouve depuis deux ans de la gêne et de la douleur à la miction ; il y a quelques mois une tuméfaction

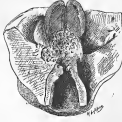


Fig. 8.

se montra sur le pénis et s'accrut lentement ; parfeis quelques gouttes de sang au début de la miction ; depuis deux mois le volume a fort augmenté ainsi que la douleur ; l'hématurie est devenue abondante, un phimosis s'est constitué ; antérieurement le malade n'a jamais rien vu d'anormal sur le gland.

L'extrémité antérieure du pénis est tuméfiée en battant de cloche,

le prépuce est œdématié et dur, le méat est ulcéré ; la verge est très augmentée de volume dans ses deux tiers antérieurs et indurée, des sanies fétides, striées de sang s'écoulent par l'urètre.

La miction s'est toujours bien effectuée. Les ganglions inguinaux ne sont pas notablement augmentés de volume.

Le 15 février 1902, M. le professeur Tédenat pratique l'amputation de la verge au niveau du scrotum. Guérison.

Examen macroscopique. — Incision de l'urètre sur une sonde cannelée.

Le *prépuce* est infiltré, épaissi, rigide, sa face interne est ulcérée.

La partie antérieure *du gland* est intacte, sa partie postérieure est envahie par la néoplasie venue de *l'urètre*. Les lésions les plus intéressantes siègent au niveau de ce dernier ; il est envahi au niveau de la base du gland sur une étendue de 4 centimètres, la paroi urétrale a disparu ; le tissu néoplasique, rouge sombre, est semé de granulations irrégulières et de petites cavités ; en avant, la portion balanique du canal est saine (un centimètre et demi), en arrière le canal se dilate rapidement, un ressaut brusque au niveau duquel la lumière était rétrécie, mais perméable, marque la transition.

A l'*examen histologique* on trouve un épithélioma pavimenteux tubulé avec quelques globes épidermiques.

Ce n'est que très rarement que l'on observe l'épithélioma primitif de l'urètre (20 cas rassemblés par Wassermann), de plus, il siège habituellement au niveau d'un rétrécissement.

On pourrait se demander, lorsque les lésions sont aussi avancées que chez notre malade, si l'épithélioma urétral ne succède pas à un cancer du pénis. Tous les auteurs sont d'accord à reconnaître que l'urètre est respecté par le cancer du pénis, d'après Demarquay il est envahi 1 fois sur 67 ; l'adénopathie légère, l'absence de phimosis antérieur, seront de bons signes contre le cancer qui débute soit sur le gland, soit sur le prépuce ; l'épithélioma de l'urètre a un début insidieux, il y a de la douleur, de la gêne à la miction et surtout des hémorragies.

10. **L'épithélioma primitif de l'urètre chez l'homme.** — *Revue générale* in *Gazette des Hôpitaux*, 17 octobre 1903.

Dans cette revue, nous nous occupons exclusivement de l'épithélioma qui prend naissance dans le canal urétral.

Thiaudière, Thierson, Albert, Poncet, Guyon et Guiard, Albarran, etc., avaient publié des observations, les thèses de Carcy (1895), Melville-Wassermann (1895), Bosse (Göttingue, 1898) étudient le cancer de l'urètre chez l'homme et chez la femme.

Etiologie. — Affection rare dont nous avons pu réunir 24 observations et qui se rencontre dans la deuxième moitié de la vie. Le rétrécissement, qui agit par le mécanisme de l'irritation chronique, est souvent la première étape de l'épithélioma (nous l'avons noté onze fois).

Anatomie pathologique. — En raison de la localisation nette de l'épithélioma aux deux parties de l'urètre, des rapports qu'il affecte avec le rétrécissement blennorragique et des indications thérapeutiques spéciales, nous avons distingué l'hépithélioma de l'urètre pénien et l'épithélioma de l'urètre périnéal.

Le premier est le plus rare (5 obs.) ; le second siège de préférence au niveau du bulbe (15 fois sur 19 obs.).

Macroscopiquement on constate, comme dans notre observation, que l'urètre est envahi sur plusieurs centimètres (4 à 7), la lumière est rétrécie, le canal est dilaté en arrière ; très fréquemment il existe des *fistules* (17 fois) sur le pénis, le périnée, le scrotum, le pubis. L'examen microscopique fait presque toujours, montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux stratifié. Hallé et Wassermann ont signalé au niveau du rétrécissement, la kératinisation de l'épithélium, véritable leucoplasie qui mène à l'épithélioma.

Symptomatologie. — Le début se fait soit par une tuméfaction, soit par un abcès, soit par des troubles de la miction ; l'endoscopie a permis à Oberländer et Grünfeld de constater l'aspect de la muqueuse.

Des douleurs, des urétrorragies, des écoulements séro-purulents marquent la période d'état. La verge, le périnée se tuméfient, l'in-

duration s'accentue ; l'explorateur à boules de M. Guyon permet de constater que l'instrument se dégage après un point rétréci dans une cavité irrégulière, il ramène du sang. L'adénopathie n'est signalée que dans la moitié des cas. Enfin survient la période de fistulisation. Les complications sont celles des constrictions urétrales.

La maladie évolue soit en quelques mois, soit en un ou deux ans.

Le diagnostic doit être fait avec le rétrécissement ordinaire, avec le cancer du pénis, avec le cancer des glandes de Cooper, avec les fistules urinaires.

Pronostic. — Dans les observations que nous avons rassemblées nous trouvons 4 malades *non opérés* qui sont morts cachectiques ; 12 *opérés incomplètement* (taille périnéale) eurent le même sort ; 8 ont subi l'*ablation complète :* trois récidivèrent, mais l'un d'eux réopéré, guérit ; les cinq autres guérirent. En somme, six guérisons.

Le moment de l'intervention, le siège du mal (portion pénienne) influent grandement sur le pronostic.

Traitement. — Il faut donc opérer d'aussi bonne heure que possible.

Oberländer dans un cas heureux fit la *résection* de l'urètre.

Pour l'*épithélioma de l'urètre pénien,* l'amputation de la verge est suffisante (quatre guérisons sur quatre).

Pour l'*épithélioma de l'urètre périnéal,* l'émasculation totale sera le procédé de choix, combinée ou non à l'extirpation des ganglions (Bazy, Albarran).

11. Ostéo-sarcome à grandes cellules de l'extrémité inférieure du fémur (En collaboration avec M. Martin). — *Archives provinciales de chirurgie,* octobre 1903.

Le diagnostic de l'ostéo-sarcome avec certaines affections articulaires est parfois fort malaisé. L'observation suivante, tirée du service de M. le professeur Tédenat, en est un exemple.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans ayant depuis 7 mois le genou gauche tuméfié, globuleux, douloureux, en demi-flexion avec contracture musculaire ; les douleurs furent calmées par l'enveloppe-

ment ouaté. Diagnostic : tuberculose du genou. Résection. Suture osseuse.

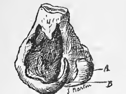


Fig. 9. — Fragment de fémur réséqué lors de la première opération. — On voit en A le condyle interne normal ; le condyle externe est creusé d'une vaste cavité ; le cartilage B a été respecté par la néoplasie.

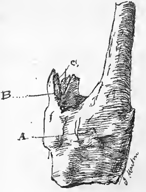


Fig. 10. — Le fémur et le tibia sont parfaitement soudés ; en distingue à peine la ligne de suture. Un fil de laiton A sort de la masse fémoro-tibiale. En B, le noyau de récidive ouvert et contenant les masses vi neuses signalées dans l'observation.

L'aspect des parties est fort intéressant : le condyle externe est évidé, rempli d'une pulpe lie de vin, le cartilage est intact.

Guérison du malade. Diagnostic histologique : *sarcome à cellules géantes*.

Six mois après, noyau de récidive à la partie interne de la ligne de réunion ; amputation de cuisse. Guérison.

Le *diagnostic* des sarcomes du genou avec la tumeur blanche est souvent fort difficile : l'intégrité de l'articulation, la non-sédation par le repos, les limites brusques sont en faveur du sarcome : mais ces signes nous manquaient.

Les sarcomes giganto-cellulaires sont généralement considérés comme des tumeurs bénignes auxquelles suffit la résection (Monod, Schwartz, Reclus) ; bien plus, Delbet les considère comme des néoplasies inflammatoires ; mais il est des cas où les tumeurs à myéloplaxes récidivent ; on est cependant autorisé à pratiquer des interventions économiques toutes les fois que l'évolution de la tumeur ne fait pas penser à sa malignité, étant donné la gravité de l'opération nécessaire.

12. **Gangrènes spontanées massives et simultanées des deux membres inférieurs** (En collaboration avec M. de Rouville). — *Archives provinciales de chirurgie*, janvier 1902.

Nous avons été amenés à étudier ces gangrènes simultanées des deux membres inférieurs par l'observation d'un malade âgé de 38 ans profondément artério-scléreux (sur alcoolisme, tabagisme, syphilis, intoxication par le plomb) qui, brusquement, en pleine santé fut pris de phénomènes généraux, de crampes dans les jambes avec anesthésie et refroidissement des deux membres inférieurs ; d'emblée, tout le segment de membre voué à la mortification fut envahi suivant le processus habituel des gangrènes circulatoires : à gauche, le mal remonte jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de la rotule ; à droite, le tiers inférieur de la cuisse est envahi.

Momification des parties, absence absolue de douleurs ; intervention bien supportée (amputation de cuisse des deux côtés à quelques

jours d'intervalle, guérison), tels sont les points principaux de notre observation.

L'examen des vaisseaux fait par le professeur Bosc montra au niveau de l'artère des plaques d'athérome et de l'endartérite oblitérante ; au niveau de la veine : thrombo-phlébite oblitérante totale.

Nous avons réuni ensuite les observations de gangrène massive et simultanée des deux membres inférieurs, traitées par l'amputation, éliminant les cas où la gangrène fut successive : nous avons pu en rassembler 16.

Quelle est la *pathogénie* de ces accidents ?

Pour éviter toute confusion, nous avons évité d'employer le terme de « gangrène symétrique », bien que certains auteurs (Brengues) aient considéré que les cas de gangrène massive double étaient des « formes graves de la maladie de Raynaud ». Pour nous, et Broca dans une clinique (1902) s'est rangé à notre avis, la maladie de Raynaud n'est qu'un symptôme dont la cause est variable, la syncope et l'asphyxie locale sont les seules véritables « phénomènes de Raynaud ».

La gangrène qui leur fait suite ne mérite rien de plus que le nom banal de gangrène sèche et peut remonter à des hauteurs variables.

Ces gangrènes simultanées des deux membres inférieurs peuvent reconnaître trois groupes de causes :

1° Gangrènes d'origine nerveuse (gangrènes névropathiques de Lancereaux) ;

2° Gangrènes par altération sanguine (diabète) ;

3° Gangrènes d'origine vasculaire (thrombose, embolie, artériosclérose, artérite oblitérante) ; c'est la cause la plus fréquente, 12 fois sur 16 observations.

En présence de pareils accidents, devons-nous amputer ou attendre l'élimination spontanée ? Ce débat ancien est actuellement tranché, les raisons des partisans de l'*intervention* l'ont emporté.

Dans les 17 observations rassemblées dans notre mémoire, 16 fois la guérison fut obtenue.

Il faudra cependant tenir grand compte de l'état général du malade, de ses forces, de l'état du cœur, du siège de l'obstacle circula-

toire, l'amputation devant porter au-dessus, de la cause (ergotisme, artérite survenant au cours d'une pyrexie) ; le diabète n'est plus actuellement considéré comme une contre-indication.

Bien que Lücke, Larrey aient opéré les deux membres en une seule séance, nous pensons qu'il est sage d'espacer les deux interventions. Si la gangrène reste aseptique, il conviendra d'attendre l'apparition du sillon afin d'éviter d'amputer trop ou trop peu (amputation secondaire en tissu sain) ; si elle s'infecte, il faudra se hâter d'opérer.

13. De l'empyème des cellules ethmoïdales.

Thèse, Montpellier, 1900.

Après un court historique, nous faisons une étude de l'anatomie des masses latérales de l'ethmoïde, et étudiant le groupement des cellules ethmoïdes, nous faisons remarquer qu'il y a des cellules uniquement creusées dans l'ethmoïde, et d'autres creusées à la fois dans l'ethmoïde et dans les os voisins ; de sorte que nous sommes amené avec M. Mouret, à adopter la classification suivante :

Cellules ethmoïdales postérieures ;

Cellules ethmoïdales antérieures ;

Bulle ethmoïdale.

Cellules ethmoïdo-frontales : Infundibulum.

Cellules retro-infundibulaires.

Cellules ethmoïdo-unguéales.

Les rapports de ces cellules avec les cavités voisines : crâne, orbite, sinus de la face, la minceur des os expliquent les nombreuses complications que l'on peut observer.

L'*anatomie pathologique* montre une première période dans laquelle la muqueuse et le périoste s'enflamment ; dans la seconde survient la carie osseuse.

L'empyème peut être *primitif* ou *secondaire ;* dans ce dernier cas, le plus fréquent, il succède soit à une ethmoïde aiguë, soit à une infection venue des cavités voisines (fosses nasales, polypes, sinus frontaux, sphénoïdaux, maxillaires, orbite, cavité encéphalique), soit à une infection générale (rougeole, grippe, scarlatine, pneumonie).

La *bactériologie* montre que les microbes les plus fréquemment trouvés sont le steptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, surtout ce dernier.

La *forme* la plus fréquente de la suppuration chronique des cellules ethmoïdales, est l'*empyème ouvert de Grünwald.* Ecoulement de pus par le nez, céphalalgie, douleur à la pression sur l'unguis, altération du sens de l'olfaction, troubles cérébraux légers, tels sont les signes fonctionnels principaux.

Les signes objectifs sont fournis par les caractères du pus, la rhinoscopie antérieure (présence de pus et de polypes dans le méat moyen) ; la rhinoscopie postérieure, l'éclairage par transparence (obscurité de l'os propre du nez), l'exploration à l'aide du stylet par les fosses nasales.

Les autres formes sont l'empyème ouvert *associé* aux sinusites voisines (frontales, sphénoïdales) ; l'*empyème fermé*, dans lequel il y a rétention du pus, ce dernier va détruire l'os planum, envahir l'orbite et apparaître au niveau du canthus major, avec œdème palpébral, ce sont les complications orbitaires étudiées par M. le Prof. de Lapersonne (1898 et 1902) ; l'œil est dévié en dehors, il existe de l'exophtalmie, de la conjonctivite, du chémosis, les voies lacrymales peuvent être envahies ; signalons encore l'*empyème mixte* (la collection orbitaire se vide dans les fosses nasales) : l'empyème latent, l'empyème bilatéral.

Les *complications* se font d'après les rapports des cellules ethmoïdales : en haut (abcès du cerveau, phlébite des sinus), en dehors (phlegmon orbitaire, compression du nerf optique, dacryocystite), en dedans (abcès de la cloison), en avant (sinusites frontales, maxillaires).

La *marche* est lente, la suppuration peut persister indéfiniment.

Le *diagnostic* se fonde sur trois grands symptômes : écoulement du pus par le nez, céphalée, examen des fosses nasales. Le diagnostic différentiel est à faire avec les sinusites frontales, maxillaires, sphénoïdales, la syphilis et la tuberculose nasale. Lorsque l'empyème est ouvert dans l'orbite il faut éliminer la dacryocystite, la ténonite, l'érysipèle, l'ostéo-périostite orbitaire, les gommes, les tumeurs malignes.

Il importe d'empêcher l'accumulation du pus, il faut favoriser son écoulement au dehors, tel est le principe du traitement de cet empyème. L'ablation des *polypes* si fréquents s'impose comme opération préliminaire ; le *curettage* constitue le vrai traitement chirurgical. Il peut s'exécuter par trois voies :

La voie nasale, il sera précédé ou non de la résection du cornet moyen ;

La voie orbitaire, incision au-dessous de l'angle orbito-nasal ;

La voie frontale, à travers le sinus frontal.

Indications :

1° Empyème ethmoïdal isolé (voie nasale) ;

2° Empyème ethmoïdal avec phlegmon orbito-palpébral sans empyème frontal (voie orbitaire) ;

3° Empyème ethmoïdal avec empyème frontal sans fusée orbitaire (voie frontale inférieure) :

4° Empyème ethmoïdal avec phlegmon orbito-palpébral et empyème frontal (voies frontales et orbitaire combinées).

14. Le permanganate de potasse dans le traitement de la tuberculose chirurgicale. — *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1903.

Nous avons publié les bons résultats obtenus par M. le professeur Tédenat avec le permanganate de potasse dans le traitement des diverses variétés de tuberculose.

Le permanganate de potasse s'emploie sous deux formes : en solution et en poudre.

Le titre de la *solution* est de 1 p. 50 ; on peut l'employer en :

1° Injection dans les abcès froids. — L'injection est indolore, et dans trois observations la guérison fut obtenue après une ou deux injections ;

2° Application sur les plaies. — La solution pourra être appliquée au pansement des plaies consécutives à des opérations pour lésions tuberculeuses : abcès froids thoraciques, résection pour tumeur blanche, adénite bacillaire, ostéite tuberculeuse, synovite fongueuse.

Lorsqu'une collection tuberculeuse a été ouverte, et que la paroi a été exsudée ou raclée, le chirurgien a besoin d'un caustique énergique pour compléter l'action de l'instrument ; c'est à ces cas que convient la *poudre* de permanganate ; après asséchement de la plaie, la poudre sera déposée à l'aide d'une spatule.

Cette application est légèrement douloureuse.

Le permanganate de potasse est un puissant agent d'oxydation, c'est de plus un antiseptique et un heureux modificateur des plaies ; la poudre est fortement caustique et dégage une vive chaleur au contact des tissus ; enfin c'est un hémostatique.

Nous terminons par les conclusions suivantes :

Les collections tuberculeuses, symptomatiques ou non d'une lésion osseuse, peuvent être justiciables de la ponction suivie d'injection de la solution de permanganate de potasse à 1 p. 50.

Après l'ouverture d'une collection tuberculeuse ou d'un trajet fistuleux, l'application de la poudre de permanganate de potasse détruit les granulations fongueuses et modifie avantageusement les tissus : consécutivement les pansements seront continués avec la solution.

L'emploi de permanganate en poudre ou en solution n'est suivi d'aucun accident ; à peine note-t-on parfois des douleurs peu persistantes. C'est un traitement facile et à la portée de tous.

Il suffit de parcourir nos observations pour se convaincre des bons résultats que nous avons obtenus avec cette méthode.

Depuis la publication de ce travail, d'autres observations sont venues nous confirmer dans cette opinion.

15. Hygroma prérotulien. — *Bulletin de la Société anatomique*, février 1902.

Tumeur datant de dix ans, sans étiologie spéciale, siégeant au devant de la rotule ; sa circonférence était de 46 centimètres. A l'incision, un liquide noirâtre s'écoule ; ablation de la poche, celle-ci était épaisse de 4 millimètres, sa face interne très irrégulière portait de nombreux tractus fibreux ; par places des végétations dures ; au

devant de la rotule existaient d'énormes saillies, verdâtres, formées par de vieux caillots. En somme : vieil hygroma hémorragique, avec végétations fibreuses (pachysynovite hémorragique).

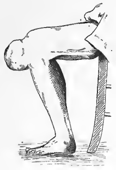


FIG. 11.

16. Hémimélie avec avant-bras partiel et vestiges de la main. *Bulletin de la Société anatomique*, février 1902.

Le bras est normal, l'avant-bras atrophié, long de 10 centimètres ; sur son extrémité arrondie on remarque les vestiges des doigts ; la radiographie montre les deux os de l'avant-bras déformés, minuscules et incurvés fortement.

17. Luxation de l'astragale en dehors et en avant. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1902.

Cette luxation était consécutive à un saut d'une hauteur peu considérable. La poulie astragalienne était inclinée en dehors et en rapport avec la face interne de la malléole externe ; la face interne de l'astragale répondait à la surface articulaire du tibia ; la tête quit-

tant le scaphoïde s'était portée sur la face dorsale du cuboïde. Il y avait donc rotation autour de l'axe antéro-postérieur, rotation autour de l'axe vertical et de plus déplacement en avant.

Il existait enfin une plaque sphacélique blanche en avant de la malléole externe, dont la chute aurait ouvert l'articulation. M. Tédenat pratiqua l'astragalectomie.

18. Eléphantiasis congénitale du membre supérieur. —
Communication à la *Société anatomique*, avril 1903.

Le malade, âgé de 25 ans, rachitique, paludéen invétéré, entre à l'hôpital de Port-Louis (Maurice).



Fig. 12.

A sa naissance il existait une longue excroissance charnue sur la face externe du bras ; la tumeur a grossi peu à peu et à 13 ans avait

le volume d'une bouteille. Elle occupe actuellement tout le bras et une grande partie de l'avant-bras gauche ; quand le malade est debout la tête de l'humérus descend d'environ 10 centimètres ; au coude la circonférence est de 80 centimètres. La surface extérieure est fort irrégulière, avec un aspect ichthyosique. Désarticulation de l'épaule.



Fig. 13.

L'éléphantiasis siège fort rarement au membre supérieur (1 fois sur 1.000, Brassac). Il est difficile de se prononcer sur la nature de cette tumeur, l'examen histologique n'ayant pas été fait. A mettre en relief : l'infection paludéenne avancée du malade et l'existence dès la naissance d'une tumeur sur le bras (éléphantiasis congénitale, admise par Chaussier, Virchow, Brassac, Archambault).

19. Hydrocèle en bissac (H. de Dupuytren) (avec M. Martin). — Communication à la *Société anatomique*, avril 1903.

Volumineuse tumeur apparue sept mois auparavant et mesurant pour la partie scrotale 20 centimètres de long et 40 centimètres de

circonférence ; au-dessus de l'arcade crurale, très forte voussure occupant la fosse iliaque et remontant à deux travers de doigt de l'ombilic.

La fluctuation se transmet facilement d'une poche à l'autre.

Incision, extirpation totale assez aisée de la poche par M. le professeur Tédenat ; suture du trajet inguinal.

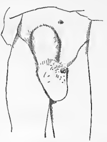


Fig. 14.

Villeneuve a réuni (1896) 18 cas d'hydrocèle en bissac ; Rocher en publie 24. Actuellement on compte environ 30 cas publiés.

Dans notre observation la poche siégeait entre la paroi et le péritoine pariétal (forme pro-péritonéale de Pierre Delbet). Il semble bien que l'on doive rapporter la pathogénie de ces faits à la dilatation d'un diverticule supérieur du canal vagino-péritonéal.

20. Luxation soudaine de la hanche. — *Bulletin de la Société anatomique*, novembre 1903.

Luxation spontanée, secondaire de la hanche droite dans la fosse iliaque externe, survenue chez une fille âgée de 19 ans au cours d'un accouchement, la malade étant depuis quelques jours en puissance d'une arthrite aiguë, probablement gonococcique. L'altération des ligaments, la distension par du liquide, la contraction musculaire,

nous paraissent jouer chacune un rôle dans le mécanisme de cette luxation.

21. **Môle embryonnaire charnue provenant d'une grossesse gémellaire avec cordon bifide** (A communiquer prochainement à la *Société anatomique*).

22. **Corps étranger de l'œsophage.** — Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, février 1901.

23. **Enorme kyste de l'ovaire.** — *Ibid.*, mars 1901.

24. **Coexistence d'un kyste de l'ovaire et d'un myome de l'utérus.** — *Ibid.*, mars 1901.

25. **Annexite suppurée ; hystérectomie abdominale.** — *Ibid.*, mars 1901.

26. **Cancer de l'œsophage.** — *Ibid.*, mars 1901.

27. **Ostéo-sarcome du fémur.** — *Ibid.*, mai 1901.

Volumineuse tumeur traitée par la désarticulation de la cuisse siégeant sur la moitié inférieure du fémur ; poids = 2.350 grammes.

28. **Pyosalpinx double.** — *Ibid.*, mai 1901.

29. **Tuberculose rénale.** — *Ibid.*, décembre 1901.

Il s'agit d'un beau cas de pyélonéphrite tuberculeuse (pièce d'autopsie) ; le tissu rénal est creusé de cavernes irrégulières et fongueuses, en communication plus ou moins évidente avec le bassinet.

30. **Annexite suppurée — Pelvi-péritonite. — Colpotomie puis hystérectomie abdominale totale.** — *Ibid.*, janvier 1902.

31. Salpingite hémorragique double. — Hystérectomie vaginale. — *Ibid.*, janvier 1902.

La *trompe droite*, après un trajet court se dilate et forme une tumeur volumineuse remplie de caillots noirâtres dans laquelle s'ouvre sa lumière. La *trompe gauche* se dilate progressivement et aboutit à une cavité kystique remplie de sang. L'ovaire est en dégénérescence kystique.

L'examen microscopique que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Bosc, montre que la couche interne est formée de parties saillantes constituées par des débris granuleux.

La couche moyenne renferme du tissu conjonctif lâche et des vaisseaux présentant de l'endo et de la périvascularite, par endroits très prononcée. Les interstices conjonctifs dilatés sont remplis de grumeaux colorés en rouge par l'éosine et provenant de débris de globules rouges. Cette couche est constituée par la paroi hypertrophiée de la trompe, paroi qui se nécrose à sa partie superficielle. Ce qui montre qu'il s'agit bien de la paroi même de la trompe, c'est qu'il existe encore par places, au-dessus de la couche nécrosée, des fragments d'épithélium nettement reconnaissable, formant des culs-de-sac plus ou moins volumineux.

Les grands espaces cavitaires ne sont autre chose que ces culs-de-sac dilatés. Ils sont remplis par les cellules hypertrophiées et dégénérées, et par des globules rouges et des lymphocytes.

Autour des petits vaisseaux à parois hypertrophiées, on observe de véritables formations nodulaires, mais il a été impossible de découvrir des cellules géantes. En ces points, certaines cellules embryonnaires s'hypertrophient et prennent l'aspect de cellules épithélioïdes.

La troisième couche présente un épaississement du tissu conjonctif avec accumulation de cellules embryonnaires qui forment une gaine autour des vaisseaux.

Le processus qui a déterminé ces lésions paraît être dû à une hémorragie interstitielle avec organisation consécutive d'un caillot et hypertrophie de la paroi proprement dite. Ces phénomènes inflam-

matoires ont fait des culs-de-sac épithéliaux autant de cavités closes où les cellules épithéliales ont proliféré. Plus tard, nécrose progressive des tissus envahis par l'hémorragie, nécrose qui progresse vers la profondeur avec hypertrophie des couches sous-jacentes entretenue par une cause pathogène, peut-être la tuberculose.

32. **Fracture du col du radius. Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus** (En collaboration avec M. Gagnières). — *Ibid.*, février 1902.

Malade âgé de 28 ans, ayant fait une chute sur le coude droit douze jours avant son entrée dans le service de M. le professeur Tédenat.

L'examen clinique et la radiographie montrèrent qu'il existait :

1° Au niveau de l'humérus, détachement d'un petit fragment de l'épitrochlée ;

2° Du côté du radius on trouve au niveau du col un angle rentrant ; l'axe de la tête radiale est dévié en bas et en dehors et se croise avec celui de la diaphyse sous un angle voisin de l'angle droit ; il y a fracture du col avec engrènement.

La fracture du col du radius est très rare ; Cooper la niait ; Mouchet (1900) l'a rencontrée 8 fois sur 100 fractures du coude chez les enfants. Sa cause est-elle directe ou indirecte ? Mouchet n'a jamais pu la reproduire sur le cadavre. Peut-être faut-il faire jouer un rôle important à la contraction musculaire.

33. **Appendicite avec lésions situées au-dessus de la cavité close.** *Ibid.*, mars 1902.

Malade âgé de 20 ans ayant eu deux crises d'appendicite, opéré par M. Tédenat. L'appendice était appliqué contre la paroi postérieure du cæcum et fixé intimement par des adhérences ; il mesurait 18 centimètres de long et son volume égalait celui de l'index, un stylet fin introduit dans sa lumière était arrêté à 4 centimètres de l'extrémité.

Une fois ouvert l'organe présentait :

1° Une oblitération complète à environ 4 centimètres de l'extrémité libre, formée par un tissu scléreux ;

2° Une cavité close au-dessous, sans aucune lésion ;

3° La cavité appendiculaire, au-dessus, communiquant largement avec l'intestin ; à ce niveau la muqueuse était boursouflée avec un pointillé hémorragique et de petites ulcérations.

A l'inverse des faits habituels, nous avons ici une cavité close sans infection, et des lésions situées au-dessus de la cavité close.

Sans vouloir rappeler la théorie du *vase clos* et celle de l'*infection simple*, nous dirons que depuis longtemps on a signalé de nombreux



Fig. 15.

cas d'appendicite sans cavité close et des cavités closes sans infection ; les cas comme le nôtre, qui réunissent sur un même appendice la cavité close et les lésions habituelles de l'appendicite à des niveaux différends acquièrent la valeur d'une expérience. Nous ne pouvons que répéter, après Poncet, Jalaguier... que l'appendicite résulte d'une infection de la cavité appendiculaire, l'occlusion en est le plus souvent le résultat.

34. Tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique. *Ibid.*, mars 1902.

Entérectomie chez une femme de 25 ans ; la partie malade mesure 10 centimètres de longueur, sa paroi fibroïde est très épaissie.

Cette forme est beaucoup plus fréquente au niveau du gros intestin.

35. Epithélioma de l'ampoule rectale. — *Ibid.*, mars 1902.

Malade opéré par M. Tédenat par la voie périnéale : 17 centimètres d'intestin furent enlevés.

36. Kyste bilatéral inclus dans le ligament large. Pyosalpinx double. Laparotomie. Mort au septième jour par perforation intestinale. Thrombose des vaisseaux mésentériques. — *Ibid.*, avril 1902.

La perforation siégeait sur la partie moyenne de l'intestin grêle, sur ses bords irréguliers on aperçoit des vaisseaux noirâtres thrombosés et çà et là des points violacés, début probable d'infarctus. Il y a eu dans ce cas oblitération vasculaire et nécrose consécutive.

37. Sur un cas de cancer de l'urètre. — *Ibid.*, mai 1902.

38. Pachyvaginalite multiloculaire. — *Ibid.*, mai 1902.

Il existait deux poches isolées : l'une d'hématocèle, l'autre d'hydrocèle ; la première avait subi antérieurement une ponction ; il n'existait aucune trace de stratification dans son épaisse paroi.

39. Glossite aiguë parenchymateuse. — *Ibid.*, mai 1902.

40. Epithélioma lingual à siège exceptionnel. — *Ibid.*, mai 1902.

La tumeur siégeait sur la face inférieure de la langue près de la ligne médiane, à côté du frein.

41. Sténose pylorique. Adhérences périgastriques. Gastroentérostomie transmésocolique. Guérison parfaite. — *Ibid.*, mai 1902.

42. Occlusion intestinale aiguë par invagination. Appendicite et occlusion intestinale. — *Ibid.*, juin 1902.

Il s'agissait d'une occlusion *iléo-colique*, chez un malade âgé de 19 ans, dont la cause paraissait être des troubles digestifs antérieurs et la présence de petits polypes au niveau de la tête de l'invagination (5 p. 100 des cas Leichtenstern).

Nous insistons ensuite sur le diagnostic entre l'occlusion intestinale et l'appendicite.

43. Deux observations de « fractures dites de Boyer »
(fracture sus-condylienne du fémur). — *Ibid.*, décembre 1902.

Dans la première observation la fracture fut consécutive à une chute sur le genou, il y avait embrochement du quadriceps et de la face profonde de la peau par l'extrémité du fragment supérieur et perforation imminente ; de plus, le fragment inférieur basculé en arrière, menaçait le creux poplité, M. Tédenat pratique la suture



Fig. 16.

osseuse. Dans la seconde, produite par un coup de pied, l'extension fut suffisante.

Chacune de ces observations est un exemple du double mécanisme de ces fractures : fractures *directes* et *indirectes* ; la disposition des fragment est bien telle que l'a vu Boyer ; l'intervention était indiquée dans le premier cas par l'interposition et la perforation du muscle, ainsi que par la direction des fragments.

44. A propos d'un nouveau procédé opératoire des hémorroïdes. — *Ibid.*, 1904.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer dans le service de M. le pro-

fesseur Tédenat le procédé décrit par Potarca et Veresco (1902) avec une légère modification. Ce procédé consiste à dilater l'anus, à y introduire un cylindre de liège sur lequel on fixe avec des épingles la marge muco-tégumentaire, incision circulaire, dissection du cylindre muqueux rectal qui est tiré au dehors ; ablation des hémorroïdes ou du cylindre muqueux s'il est trop malade, comme dans notre observation ; suture du bout supérieur à la peau ; pour faire cette suture l'opérateur incise la muqueuse petit à petit et place les points séparés, mais pour la demi-circonférence postérieure il est plus aisé de repérer la muqueuse avec des pinces et de retirer le cylindre de liège, puis on termine par les sutures.

45. **Kyste de l'ovaire suppuré et grossesse.** — *Ibid.*, 1904.

46. **Les caustiques alcalins dans le traitement de la métrite cervicale** (En collaboration avec M. Riche). — *Ibid.*, 1904.

A propos de quelques cas récents, nous insistons sur les bons résultats que procure cette méthode (néofilhos, potasse caustique) employée depuis plusieurs années par M. Tédenat ; nous en envisageons la technique, et les résultats.

Les cautérisations par les caustiques alcalins sont rapides, faciles, efficaces, à la portée de tous les praticiens. Elles sont de plus très peu douloureuses et n'apportent aucun obstacle à la menstruation, à la grossesse et aux accouchements.

47. **Epithélioma primitif du clitoris** (En collaboration avec M. Ed. Bosc). — *Ibid.*, 1904.

48. **Radiographie des calculs du rein** (En collaboration avec M. Gagnières). — *Ibid.*, 1904.

49. **Phlegmon ligneux du cou.** — *Ibid.*, 1904.

50. **Dégénérescence cancéreuse des vieux foyers d'ostéomyélite** (En collaboration avec M. Riche). — *Ibid.*, 1904.

DOCUMENTS CLINIQUES (THÈSES).

1. **Contribution à l'étude de l'eau oxygénée en chirurgie.** (Nénoff, Thèse de Montpellier, 1899).

2. **Des abcès du foie à évolution lente et apyrétique.** — (Bénès, Thèse de Montpellier, 1901-1902, n° 23).

3. **Contribution à l'étude du bubon phagédénique.** — (Emery, Thèse de Montpellier, 1902).

4. **De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum.** — (Maurin, Thèse de Montpellier, 1901-1902).

5. **De la tuberculose des annexes.** — (Cazeneuve, 1901).

6. **Cancer du pavillon de l'oreille.** — (Popoff, 1902).

7. **Sur le traitement des fractures simples de la rotule.** (Jean-Louis Petit, 1902).

8. **Des calculs de l'urètre chez l'homme.** — (Spiridonoff, 1902).

9. **Contribution à l'étude des suppurations pelviennes d'origine utéro-annexielle.** — (Loloff, 1902).

10. **De la prostatite chronique.** — (Gaillard, 1902).

11. **Des pseudométrites.** — (Artus, 1902).

12. **Des lymphangites péri-utérines et de la pathogénie des salpingo-ovarites.** — (Zogha, 1903).

13. **Contribution à l'étude des luxations spontanées de la hanche (Luxations aiguës).** — (Ardisson, 1903).

14. **Traitement de la métrite cervicale par les caustiques alcalins.** — (Papadopoulos, 1903).

15. **Contribution à l'étude des suppurations des kystes de l'ovaire.** — (Serguéeff, 1903).

16. **De l'hydrocèle abdomino-scrotale.** — (Baïtcheff, 1903).

17. **Contribution à l'étude des fractures sus-condyliennes du fémur.** — (Mantaptounis, 1903).

18. **Le permanganate de potasse dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.** — (Monnier, 1903).

19. **Des hémorragies foudroyantes dans l'ulcère de l'estomac.** (Turin, 1903).

20. **Cure radicale du mal perforant plantaire et de l'ulcère simple de la jambe par l'intervention neuro-trophique.** — (Tabacoff, 1903).

21. **Des états éléphantiasiques non filariens.** — (Goubert, 1903).

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne).